FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

43

POUR

le Doctorat en Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DOTHIÉNENTÉRIE ABORTIVE

CHEZ L'ENFANT

PAR

Camille COLLIGNON

Né à Bordeaux, le 24 août 1884

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS (VI^e^)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

en témoignage
de ma profonde gratitude

INTRODUCTION

Il est nécessaire, tout d'abord, de définir exactement ce que nous entendons par une dothiénentérie abortive, *ce dernier terme pouvant être interprété de façons très diverses.*

Littré, en sa double autorité de médecin et de grammairien, nous a paru intéressant à consulter. Il écrit ceci dans son Dictionnaire de la langue française:

« Abortif, *étymologie :* abortivus, *de* ab, *indiquant privation et* oriri, *naître : ce qui empêche de venir à bien ou ce qui n'est pas venu à bien.*

« 1° *Qui avorte, celui qui est né avant d'avoir acquis le développement nécessaire.*

« 2° *En médecine, substance à laquelle on attache les propriétés de provoquer l'avortement.* »

Ce dernier sens est le plus ordinairement employé, quand on parle, par exemple, de médication abortive. C'est aussi le plus logique, les adjectifs terminés par if, ive, *indiquant, en général, le but (vomitif, digestif, révulsif) ; mais ce n'est évidemment pas celui que nous employons ici.*

C'est donc le premier sens indiqué par Littré que nous adoptons, le terme abortif est alors presque synonyme de avorté.

En suivant l'ordre historique, nous arriverons, sans doute, à serrer d'un peu plus près notre définition.

C'est Lebert qui, en 1857, *a employé pour la première fois le terme de* typhus abortif. *Mais, il indique mal ce qu'il entend par abortif, de plus, le terme de typhus peut facilement prêter à l'équivoque.*

Griesinger et ses élèves, Wegelin et Schmid, décrivent ensuite, vers 1860, *la forme clinique de dothiénentérie qui nous occupe sous le nom de* typhus levissimus, *expression encore peu claire par elle-même, mais que Griesinger a la précaution d'expliquer : « La dénomination de levissimus se rapporte moins au caractère léger de l'expression symptomatologique qu'à la courte durée de la maladie : le développement incomplet du processus, caractérisé par cette marche abrégée de l'affection, est le caractère essentiel de ces cas. »*

Malgré cette définition précise, le terme de typhus levissimus n'a pas prévalu, du moins en France.

Plus tard, Lorain crée le terme élégant, mais encore peu précis de typhoïdette *qui, lui aussi, ne reste pas dans la science.*

Jaccoud, dans ses cliniques médicales de la Charité, consacre en 1857 *une leçon à la dothiénentérie et s'exprime ainsi à l'égard de la forme abortive : « La maladie tourne court, se comportant à l'égard du*

typhus abdominal comme la varioloïde à l'égard de la variole. »

Enfin Letulle, dans sa thèse d'agrégation sur « Les Pyrexies abortives » à laquelle nous ferons de nombreux emprunts, fixe définitivement les caractères de la forme abortive de la dothiénentérie; nous ne saurions mieux faire que d'adopter ici sa définition :

« *C'est une dothiénentérie qui avorte spontanément, c'est-à-dire en dehors de toute intervention thérapeutique..... Il faut se baser non sur l'intensité et la gravité de la forme clinique revêtue par la maladie, mais sur la durée de la période fébrile... C'est une dothiénenterie écourtée par antithèse avec les formes prolongées... ajoutons enfin qu'elle se termine par la guérison.* »

Une confusion est faite souvent avec la forme atténuée ou légère; *il est pourtant facile de distinguer ces deux formes l'une de l'autre :*

Dans la forme abortive, c'est le peu de durée *de la période fébrile qui sert de critérium, les symptômes de cette période fébrile pouvant être légers ou graves.*

Dans la forme atténuée, c'est le peu de gravité *des symptômes qui sert de critérium, la maladie pouvant être plus courte ou plus longue que dans la forme commune, être abortive ou prolongée.*

On a remarqué depuis longtemps que la forme abortive de la dothiénentérie était plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et qu'elle éclatait souvent sous la forme épidémique. Nous avons eu l'occasion d'observer une petite épidémie de ce genre à l'hôpital des Enfants Malades au début de l'été de 1911, *dans le*

service de M. le professeur Hutinel. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici à notre maître toute notre respectueuse reconnaissance, d'abord parce qu'il a bien voulu nous inspirer dans le choix de notre thèse, ensuite pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli dans son service et aidé de sa précieuse expérience (1).

Nous rapporterons d'abord quelques observations de dothiénentérie abortive chez l'enfant, prises dans des publications antérieures, puis celles qui ont servi de point de départ à cet humble travail. Nous essaierons ensuite d'exposer les déductions logiques que l'on peut en tirer.

(1) Nous exprimons aussi nos meilleurs remerciements aux collaborateurs de notre Maître, en particulier à M. Nobécourt, à MM. Darré, Lemaire, Tixier et Sevestre, qui nous ont fait part sans compter de leur érudition.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

LETULLE. *Des pyrexies abortives.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans et demi, amené le 6 octobre 1882 à l'hôpital. Sa mère est entrée le même jour à l'hôpital Lariboisière pour y être soignée d'une fièvre typhoïde. D'après les renseignements fournis par ses parents, cet enfant serait convalescent d'une fièvre typhoïde qui aurait débuté il y a six semaines. Aujourd'hui l'enfant va mieux, sa convalescence a été régulière. Température axillaire 36°.

Dès le lendemain soir, la température axillaire montait à 38°, puis atteignait 39° le quatrième jour.

Cette rechute probable de fièvre typhoïde devait être légère et de courte durée, car le 12e jour la convalescence commençait et se déroulait cette fois sans entrave.

OBSERVATION 2

LETULLE. *Ibid.*

Il s'agit d'une enfant de 10 ans qui fut prise de tous les

phénomènes du début d'une fièvre typhoïde. En 8 jours, les phénomènes ataxo-adynamiques les plus accentués se manifestèrent : prostration, insomnie, alternatives de délire et d'agitation, fièvre intense, ballonnement du ventre, apparition des taches rosées au 8e jour.

Le 10e jour, il se produisit une forte entérorragie en même temps survint une épistaxis. L'hémorragie fut assez intense pour nécessiter l'emploi de moyens astringents. Dès le surlendemain, la température tombait à la normale, le pouls redevenait presque lent. Les accidents nerveux disparurent et la maladie suivit un cours bénin jusqu'au 15e jour, caractérisée par quelques phénomènes abdominaux, l'éruption plus complète des taches rosées, la persistance d'un léger mouvement de fièvre vespérale. La convalescence fut régulière.

OBSERVATION 3

CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance.*

Il s'agit d'un enfant de 14 ans et demi, qui se lève bien portant, fait une longue course, puis rentre à midi et ne peut déjeuner. Il veut néanmoins retourner à son atelier, mais revient chez ses parents à 3 heures de l'après-midi et se couche avec un mal de tête violent.

Pas d'autres symptômes que de la fièvre et de la céphalalgie. Un purgatif administré le lendemain provoque trois selles copieuses demi-liquides.

Dans la nuit du 4e au 5e jour, un peu de délire de paroles. La matin du 5e jour, langue saburrale, rouge à la pointe et sur les bords. Les gencives sont couvertes d'un enduit pultacé abondant. Le ventre est un peu tendu. Un peu de constipation; la rate mesure 8 cm. 1/2. Pouls régulier sans dicrotisme. Respiration pure. Les crachats contiennent du sang, venu manifestement des fosses nasales.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde à début brusque et ce diagnostic ne fit que se confirmer les jours suivants

par l'établissement d'une diarrhée modérée et l'apparition des taches rosées le 8e jour.

Le délire de paroles se continue jusqu'au 8e jour, mais seulement pendant la nuit et malgré l'élévation de température à 41° et 41°4 et ce délire est toujours extrêmement modéré.

La marche de la maladie fut absolument régulière et les selles devinrent normales le 11e jour, la fièvre typhoïde cessant presque aussi brusquement qu'elle avait commencé. On fait alors recommencer l'alimentation.

Convalescence très courte.

OBSERVATION 4

D'Espine. *Quelques remarques sur la fièvre typhoïde des enfants. Bulletin méd. de la Suisse romande, janvier* 1875.

Alphonse B..., 13 ans, d'une bonne santé habituelle, tombe malade le 30 novembre, entre à l'hôpital le 2 décembre. A eu pendant ces 3 jours de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs de rein, de l'anorexie, un peu de vertige quand il était debout, pas de diarrhée, un vomissement.

Le 2 décembre au soir (3e jour de la maladie) 40°6, un vomissement.

Le 3 décembre (4e jour) 40° le matin, figure rouge, injectée, langue blanche, ventre souple, non douloureux, couvert de sudamina, pas de taches rosées. Rien dans la poitrine. Traitement éméto-cathartique. Le soir, 39°7. La rate est grosse, elle s'étend jusqu'au rebord costal.

Le 4 décembre (5e jour), matin 39°8. Pouls dicrote, langue collante, l'enfant se sent bien. Soir 40°. La diarrhée a continué depuis hier.

Le 5 décembre (6e jour), le malade va bien, plus de diarrhée, température le matin 36°9.

Le 6 décembre, plus de fièvre.

Le 7 décembre, 48 pulsations le matin.

Sort guéri le 16 décembre.

OBSERVATION 5

Archives of pediatrics, 1910. *Transmission de la fièvre typhoïde par un nourrisson.*

Rommeler rapporte le cas d'une femme âgée de 26 ans, qui fut atteinte de fièvre typhoïde pendant qu'elle nourrissait son enfant. La mère avait été admise à l'hôpital et le bébé confié aux soins d'une amie.

L'enfant avait une forte diarrhée, mais paraissait n'avoir absolument rien autre chose. Deux semaines plus tard, la femme qui soignait l'enfant fut atteinte de fièvre typhoïde et fut aussitôt suivie par ses trois enfants, une nièce âgée de 3 ans et une servante âgée de 20 ans.

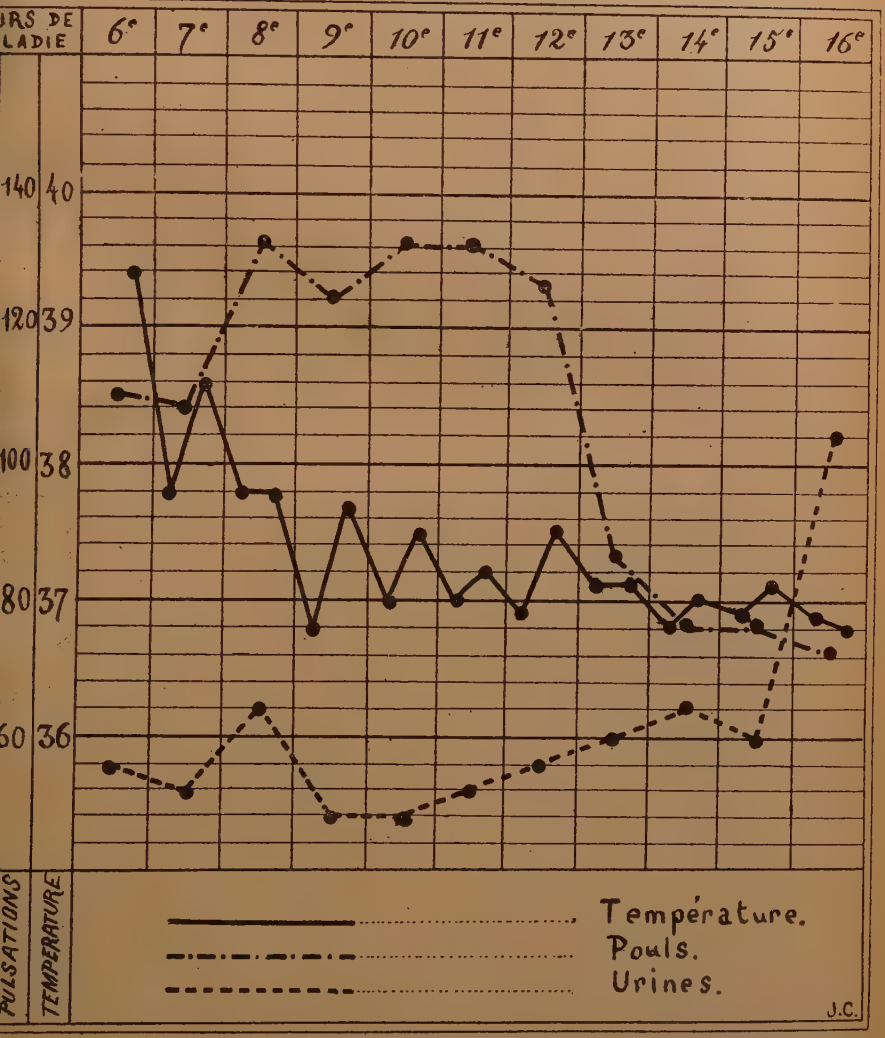
L'enfant fut alors examiné et son sérum donna une réaction de Widal positive. Une seconde fois le bacille typhique fut isolé de ses selles. L'auteur conclut de ce cas la leçon suivante : lorsqu'une femme nourrice est atteinte de fièvre typhoïde, son enfant doit être aussi amené à l'hôpital. Les symptômes de l'infection typhique chez les enfants sont si légers qu'ils constituent un grand danger : un enfant en apparence bien portant pouvant communiquer la maladie à d'autres.

OBSERVATION 6 (Inédite)

Odette R..., âgée de 8 ans, entre le 17 juillet 1911 aux Enfants-Malades, pour douleurs abdominales. Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents personnels. Mais sa mère a été soignée chez elle au début de cet été pour une « fièvre muqueuse » dont elle n'est pas encore guérie et qui nécessite même son entrée à l'hôpital Laënnec le lendemain de l'entrée de sa fille aux Enfants-Malades. La petite malade qui nous occupe est souffrante depuis 5 jours; elle se plaint de douleurs abdominales, de céphalée, mais elle n'a pas eu d'épistaxis, pas d'insomnie et l'appétit est conservé.

Le 18 juillet (6e jour de la maladie), le ventre est légère-

OBSERVATION 6.



ment tendu, on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite et la rate est perceptible. Quelques taches rosées sont disséminées sur le thorax et sur l'abdomen. L'auscultation révèle enfin quelques râles dans les deux poumons. La température est de 39°4. Le pouls bat 110 à la minute, la tension artérielle, prise avec d'appareil de Pachon, donne 10 cm. 1/2 de maximum et 5 cm. 1/2 de minimum. La petite malade a une selle liquide, ocreuse et fétide. Les urines sont rares. 300 grammes en 24 heures et ne contiennent pas d'albumine. Enfin, le séro-diagnostic est négatif. La petite malade est mise au régime lacté et soignée par des bains froids.

Le 20 juillet, la température du matin tombe à 36° 8 pour se relever le soir à 37° 7. Mais le pouls reste encore élevé battant 120 à la minute, et les urines sont toujours rares. 200 grammes seulement émis en 24 heures.

Le 21 juillet (10e jour de la maladie), le séro-diagnostic montre quelques petits amas au 1/10e, une légère influence au 1/30e, et rien au 1/50e.

Les jours suivants, la température se maintient toujours aux environs de 37°, mais le pouls se ralentit de plus en plus, se rapprochant de la normale et la diurèse s'amorce.

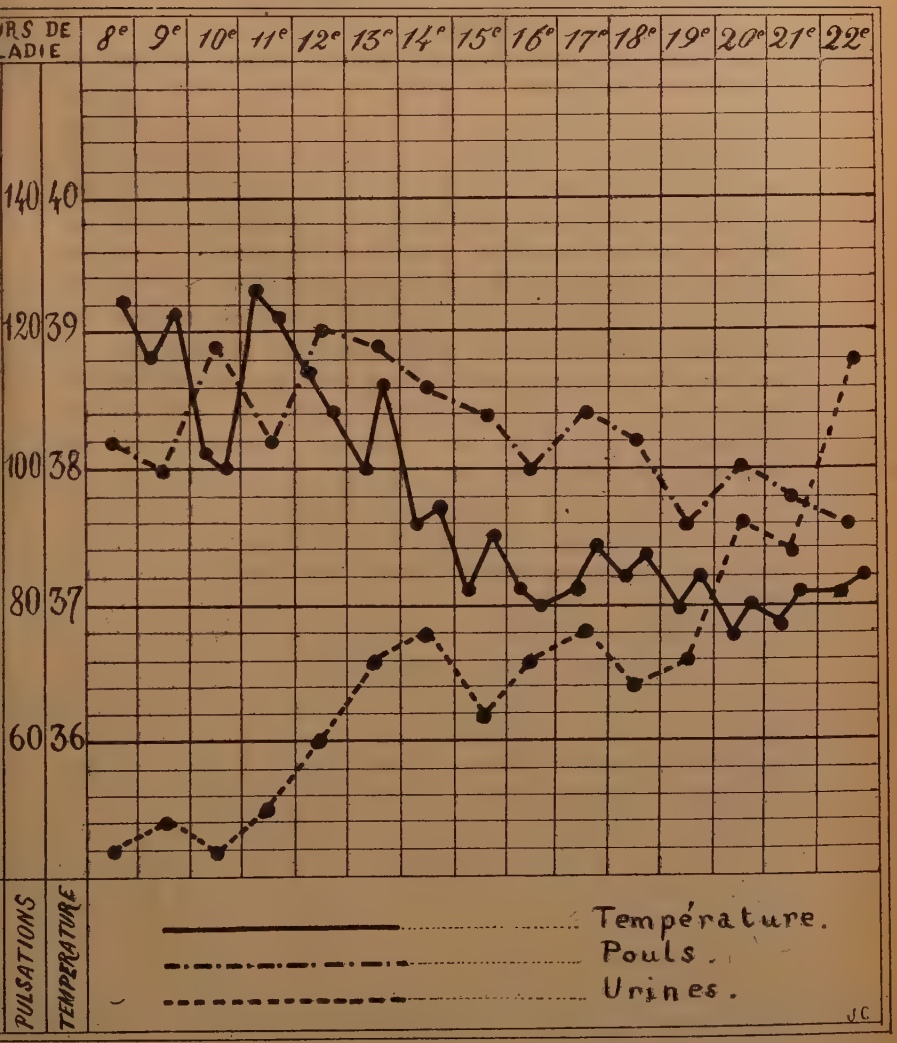
Enfin, le 27 juillet (16e jour de la maladie), le séro-diagnostic est nettement positif au 1/50e. La température est toujours à 37°, le pouls bat 72 à la minute et les urines émises en 24 heures dépassent 1 litre 1/2.

La petite malade entre en convalescence, on commence à la réalimenter et elle quitte l'hôpital au bout d'une dizaine de jours.

OBSERVATION 7 (Inédite)

Suzanne K..., âgée de 8 ans, entre, le 3 juillet 1911, aux Enfants-Malades parce qu'elle a de la fièvre et une diarrhée persistante depuis quelques jours. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle est malade depuis 8 jours, se plaignant d'insommie et d'anorexie complète. Pas de céphalée, ni d'épistaxis. L'enfant a eu, il y

OBSERVATION 7.



a trois jours, quelques vomissements noirâtres excessivement fétides; en même temps, la constipation habituelle a été remplacée, depuis deux jours, par des selles liquides et noirâtres, également très fétides.

Le 4 juillet (9e jour de la maladie), la langue est rouge et collante, la peau sèche. On remarque quelques taches rosées lenticulaires sur le thorax et l'abdomen. Le ventre est gros, ballonné; pas de douleur ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite; le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais la rate est nettement accessible à la percussion. Le pouls est mou, dicrote, marquant 110 pulsations à la minute. La température est à 39° 1, les urines rares : 200 grammes à peine émis en 24 heures, elles ne contiennent pas d'albumine. On note à l'auscultation quelques râles sous-crépitants au niveau des deux bases. Enfin, le séro-diagnostic montre une agglutination au 1/50e, cette agglutination est rapide et se produit seulement au bout d'un quart d'heure. La petite malade est mise au régime lacté et traitée par des bains froids.

Au bout de trois jours, la température commence à décroître, mais le pouls reste toujours élevé, battant 120 à la minute; en revanche, le volume des urines émises augmente de plus en plus.

Le 10 juillet (15e jour de la maladie), la température matinale a atteint 37°, point qu'elle ne dépassera plus jusqu'à la fin de la maladie. Le pouls se maintient encore fréquent : 108 à la minute; les urines émises se rapprochent du litre. Le ventre n'est plus ballonné, la diarrhée a disparu complètement mais la rate reste encore grosse.

Enfin, le 15 juillet (20e jour de la maladie), la petite malade entre en convalescence définitive. Le pouls a repris son allure normale, la température se maintient toujours aux environs de 37°; la diurèse s'accentue de plus en plus pour atteindre le volume de 2 litres, le 18 juillet.

L'alimentation est reprise et la malade quitte l'hôpital à la fin du mois.

OBSERVATION 8 (Inédite)

Raymond B..., âgé de cinq ans, entre, le 3 juillet 1911, aux

Enfants-Malades pour torticolis. Il n'y a rien dans ses antécédents héréditaires qui puisse être intéressant. Dans ses antécédents personnels, on note qu'il est né à 7 mois et demi et qu'il n'a marché qu'à deux ans. Rougeole à deux ans, suivie de broncho-pneumonie.

Il y a 5 jours, l'enfant est parti le matin pour l'école en se plaignant de souffrir dans le cou; en revenant, il ne pouvait plus tourner la tête, les mouvements du cou étant douloureux. Le soir, et les jours suivants, l'enfant a la fièvre, refuse de manger et dort mal.

Le 4 juillet (6e jour de la maladie), le petit malade est couché en chien de fusil dans son lit, il est maigre et présente quelques ganglions aux aines. Les pupilles sont dilatées, mais il n'y a pas de signe de Kernig, pas de modification des réflexes, pas de myœdème. En revanche, le ventre est gros, ballonné; la rate est grosse, débordant les fausses côtes. L'enfant accuse de la douleur à la palpation de la fosse iliaque droite. La langue est sèche, collante, rouge à la pointe et sur les bords. Les selles sont diarrhéiques. Rien d'anormal aux poumons. Le nombre des pulsations est de 130 à la minute, celui des respirations 26, la température est de 39° 6.

La ponction lombaire ramène un liquide clair qui, examiné, n'a présenté ni cellules ni albumine en quantité normale.

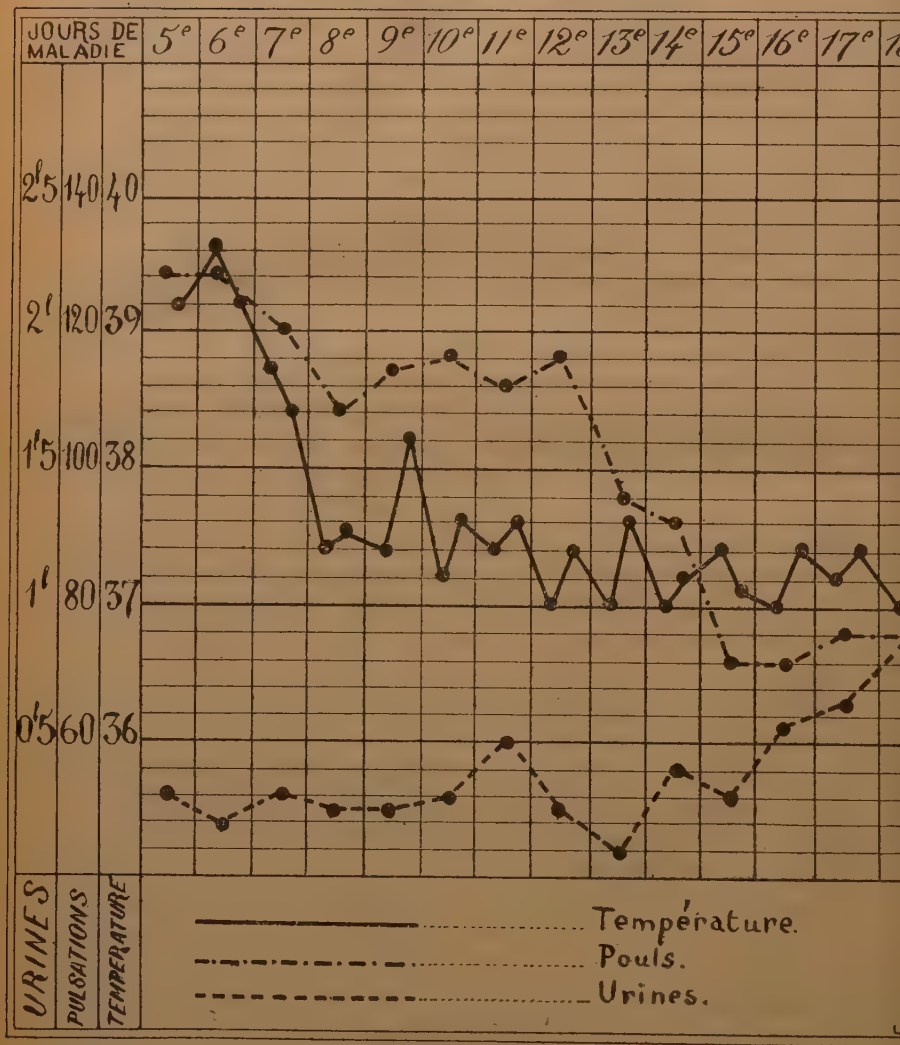
La diazo-réaction est positive, mais le séro-diagnostic est négatif. L'enfant est mis à la diète et soigné par des bains froids.

Le lendemain, 5 juillet, le torticolis a disparu, mais on remarque sur le thorax et l'abdomen quelques taches rosées lenticulaires. La température ne dépassant pas 39°, les bains froids sont interrompus.

Le 6 juillet, la température tombe brusquement à 37° 4, mais le pouls se maintient à 100 et les urines sont rares. Le ventre est encore ballonné et la diarrhée persiste.

Le 8 juillet (10e jour de la maladie), le séro-diagnostic pratiqué une seconde fois est nettement positif au 1/50e et confirme ainsi le diagnostic de dothiénentérie abortive que l'on avait porté. A partir de cette date, la température n'a

OBSERVATION 8.



plus jamais dépassé 37° le matin. En même temps, le pouls est devenu d'abord de moins en moins fréquent, puis ralenti, marquant 70 pulsations à la minute. Enfin, la diurèse commence, la diarrhée cesse, le ventre reprend son volume normal et le petit malade entre définitivement en convalescence. On commence à le réalimenter et il sort de l'hôpital au bout d'un quinzaine de jours.

OBSERVATION 9 (Inédite)

René D..., âgé de 11 ans, entre, le 7 juillet 1911, aux Enfants Malades pour douleurs abdominales. On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il se plaint de douleurs abdominales depuis cinq jours, a eu un peu de fièvre au début, mais la température exacte n'a pas été prise. Depuis cette même date, il est somnolent et a des sueurs abondantes, aussi bien diurnes que nocturnes. Pas de céphalée, pas d'épitaxis, pas de vomissements, ni de diarrhée. Un médecin consulté, craignant une dothiénenterie, envoie l'enfant à l'hôpital.

Le 7 juillet (8e jour de la maladie), à son entrée à l'hôpital, le petit malade présente un peu d'hébétude. On remarque quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine et l'addomen. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, on perçoit du gargouillement à la palpation de la fosse iliaque droite. La rate est grosse. La température est de 37° 2 le soir, le pouls marque 86 battements à la minute. Urines : 900 gr. Le séro-diagnostic est positif au 1/50e.

Le lendemain de son entrée, les taches lenticulaires pâlissent et disparaissent. Le petit malade reste une quinzaine de jours à l'hôpital pendant lesquels *la température n'a jamais dépassé* 37° 6 et le pouls n'a jamais présenté plus de 100 pulsations à la minute.

OBSERVATION 10 (Inédite)

Jean B..., âgé de 6 ans, entre aux Enfants-Malades le 5 juil-

let 1911 pour douleurs abdominales. On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le 1er juillet, il a été pris de céphalalgie et de douleurs abdominales. La céphalalgie a disparu, mais les douleurs abdominales persistent. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée ni de vomissements.

Le 5 juillet (5e jour de la maladie), on constate que le petit malade est maigre, dyspnéique, avec 44 respirations à la minute. A l'auscultation, on trouve quelques craquements à la base gauche du poumon et la percussion révèle de la submatité au sommet gauche. La présence de ces signes, l'absence de taches rosées et de grosse rate orientent le diagnostic vers une affection pulmonaire. La température est à 40°, le nombre des pulsations de 104.

Pendant 4 jours, la température reste le soir aux environs de 40°, puis elle baisse progressivement pour atteindre 37° le 16 juillet (16e jour de la maladie). La température reste à peu près normale pendant une semaine, puis remonte de nouveau pour atteindre 39° le 30 juillet.

On fait alors le séro-diagnostic qui est positif au 1/50e et fait rectifier le diagnostic. Il s'agissait donc d'une rechute de dothiénentérie dont la première attaque avait été abortive et était passée inaperçue à cause de l'absence presque complète de signes pouvant faire songer à une fièvre typhoïde. Cette rechute fut d'ailleurs peu grave, la température n'atteignit qu'une fois 39° et revint en 3 jours à la normale; la rechute aussi avait été abortive.

OBSERVATION 11 (Inédite)

Henri C..., âgé de 14 ans, entré le 23 août 1911 aux Enfants-Malades, pour céphalalgie rebelle. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on remarque seulement qu'il est né à 7 mois.

Le 16 août, l'enfant se trouve mal entrain pendant son travail et se plaint d'une céphalée vive. Il s'alite le 18 avec de la fièvre, mais la température n'a pas été prise exactement; il a de plus à ce moment une légère diarrhée; pas

d'épistaxis. Le soir de son entrée (8e jour de la maladie), la température est de 38°7.

Le lendemain 24 août, la température du matin est de 37°4. Le pouls est à 84, très arythmique. On constate une raie méningitique nette, mais il n'y a pas de signe de Kernig, ni de signe de Babinski. Rien comme signes stéthoscopiques à l'auscultation de la poitrine. L'enfant se plaint toujours de céphalée, mais ses selles sont redevenues normales. La ponction lombaire ramène un liquide clair, hypertendu, ne contenant ni cellules ni albumine en quantité anormale.

En 3 jours, la céphalée a complètement disparu, la température se maintient aux environs de 37°, le pouls ne dépasse pas 90 à la minute, les selles restent normales et l'enfant sort guéri au bout d'une semaine.

OBSERVATION 12 (Inédite)

Marcel S..., âgé de 8 ans, entre le 23 septembre 1911 aux Enfants-Malades pour une fièvre persistante.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on remarque des convulsions au moment de la percée des dents et une rougeole à 4 ans.

Il y a 8 jours, en rentrant de l'école, le petit malade s'est plaint de souffrir du ventre et de la gorge. Il a eu en même temps quelques vomissements, mais l'enfant ayant fréquemment des indigestions, la mère n'y attacha pas grande importance. Pourtant un médecin consulté constate une température élevée et conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

La température le soir de son entrée (8e jour de la maladie) était de 38° 8. Le lendemain matin, température à 38°. On ne constate aucun signe de dothiénentérie. La langue est bonne, il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de grosse rate, pas de taches rosées lenticulaires. On pratique néanmoins le séro-diagnostic qui est positif au 1/50e. Il s'agissait évidemment d'une dothiénentérie à forme abortive.

En effet, la température revint en trois jours à la normale et le petit malade quittait l'hôpital le 27 septembre, n'y ayant séjourné que cinq jours.

PATHOGÉNIE

Pourquoi la clothiénentérie est-elle si souvent abortive chez l'enfant? La solution de ce problème offre un grand intérêt : Si nous arrivons à déterminer les causes qui font avorter la maladie chez l'enfant, il y a de grandes chances pour que ce soit les mêmes causes qui fassent avorter la maladie chez l'adulte. Connaissant les causes qui font avorter *naturellement* la maladie, nous pourrons en déduire les moyens de la faire avorter *artificiellement*, c'est-à-dire le traitement : « Chercher, dit Letulle, les conditions qui peuvent expliquer chez l'homme l'existence des cas abortifs, trouver les causes qui font avorter telles ou telles pyrexies, c'est trouver les raisons qui feront un jour assurer dans la main de l'homme l'atténuation, en un mot l'avortement des virus pathogènes. »

Une des premières raisons qui vient à l'esprit pour expliquer l'existence des cas abortifs, c'est l'envahissement de l'organisme par un bacille d'Eberth diminué soit en quantité, soit en qualité.

Nous lisons à ce sujet dans le *Traité de Médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud : « ... Ces faits laissent supposer que cette forme abortive est due à l'invasion d'une petite quantité de virus et surtout d'un virus peu virulent; aussi est-elle prédominante dans certaines épidémies et dans la période terminale des épidémies sévères. »

Il est difficile de se rendre compte du premier point, c'est-à-dire de savoir si la forme abortive, au lieu d'être due à une inoculation en masse, est due au contraire à la pénétration dans l'organisme d'un petit nombre de bacilles. L'expérimentation seule, ou bien l'observation de cas cliniques dans des conditions équivalant par hasard à celles d'une expérience, pourrait résoudre la question.

Reste le second point, c'est-à-dire l'envahissement de l'organisme par un bacille à virulence atténuée. A première vue, il semblerait qu'un tel bacille doive déterminer, au lieu d'une dothiénentérie abortive, une dothiénentérie légère : une virulence atténuée de l'agent infectieux déterminerait de la part de l'organisme une réaction de défense également atténuée.

La fréquence des cas abortifs à la période terminale des épidémies sévères est bien un argument en faveur de la virulence atténuée. Mais, n'observe-t-on pas aussi des cas abortifs au début des épidémies sévères? Pour notre compte, les quelques observations que nous avons recueillies ont été toutes prises, sauf une, au début de l'épidémie. Les cas qui ont été observés dans la suite à l'hôpital des Enfants Malades ont été en

PATHOGÉNIE

Pourquoi la dothiénentérie est-elle si souvent abortive chez l'enfant? La solution de ce problème offre un grand intérêt : Si nous arrivons à déterminer les causes qui font avorter la maladie chez l'enfant, il y a de grandes chances pour que ce soit les mêmes causes qui fassent avorter la maladie chez l'adulte. Connaissant les causes qui font avorter *naturellement* la maladie, nous pourrons en déduire les moyens de la faire avorter *artificiellement*, c'est-à-dire le traitement : « Chercher, dit Letulle, les conditions qui peuvent expliquer chez l'homme l'existence des cas abortifs, trouver les causes qui font avorter telles ou telles pyrexies, c'est trouver les raisons qui feront un jour assurer dans la main de l'homme l'atténuation, en un mot l'avortement des virus pathogènes. »

Une des premières raisons qui vient à l'esprit pour expliquer l'existence des cas abortifs, c'est l'envahissement de l'organisme par un bacille d'Eberth diminué soit en quantité, soit en qualité.

Nous lisons à ce sujet dans le *Traité de Médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud : « ... Ces faits laissent supposer que cette forme abortive est due à l'invasion d'une petite quantité de virus et surtout d'un virus peu virulent; aussi est-elle prédominante dans certaines épidémies et dans la période terminale des épidémies sévères. »

Il est difficile de se rendre compte du premier point, c'est-à-dire de savoir si la forme abortive, au lieu d'être due à une inoculation en masse, est due au contraire à la pénétration dans l'organisme d'un petit nombre de bacilles. L'expérimentation seule, ou bien l'observation de cas cliniques dans des conditions équivalant par hasard à celles d'une expérience, pourrait résoudre la question.

Reste le second point, c'est-à-dire l'envahissement de l'organisme par un bacille à virulence atténuée. A première vue, il semblerait qu'un tel bacille doive déterminer, au lieu d'une dothiénentérie abortive, une dothiénentérie légère : une virulence atténuée de l'agent infectieux déterminerait de la part de l'organisme une réaction de défense également atténuée.

La fréquence des cas abortifs à la période terminale des épidémies sévères est bien un argument en faveur de la virulence atténuée. Mais, n'observe-t-on pas aussi des cas abortifs au début des épidémies sévères? Pour notre compte, les quelques observations que nous avons recueillies ont été toutes prises, sauf une, au début de l'épidémie. Les cas qui ont été observés dans la suite à l'hôpital des Enfants Malades ont été en

très grande majorité des formes sévères. L'observation des faits semble donc diminuer, à nos yeux du moins, la valeur de ce dernier argument.

Nous avons eu, d'autre part, la bonne fortune d'observer le fait suivant :

Une de nos petites malades (c'est celle dont il est parlé dans l'observation 6) avait contracté la fièvre typhoïde auprès de sa mère. Cette dernière avait été soignée chez elle quelque temps auparavant pour une affection que le médecin avait diagnostiquée « fièvre muqueuse ». La convalescence fut traînante, puis il se produisit une rechute qui l'obligea à entrer à l'hôpital Laënnec le lendemain du jour où sa fille était entrée aux Enfants-Malades. Nous avons pu voir la mère, dont l'observation nous a été amiablement communiquée dans le service du professeur Landouzy. Elle présentait tous les symptômes d'une dothiénentérie commune, mais le séro-diagnostic, bien que pratiqué à plusieurs reprises, s'est toujours montré négatif. Le diagnostic de fièvre muqueuse porté au début par le médecin, la réaction de Widal négative montrent bien qu'il s'agissait là d'un bacille à virulence atténuée, ayant déterminé chez l'enfant une dothiénentérie à forme abortive. Il serait prématuré de tirer de cette seule observation une conclusion nette; nous avons pensé néanmoins qu'il était intéressant d'enregistrer ce fait et de le signaler à ceux qui feraient plus tard des recherches sur ce sujet.

On pourrait encore trouver de nombreuses raisons pour expliquer l'existence des cas abortifs. On pour-

rait invoquer, par exemple, l'existence de maladies antérieures ayant laissé dans le sérum du malade une antitoxine qui entraverait plus tard le développement du bacille d'Eberth. Mais, outre que cette hypothèse s'accorde mal avec le petit nombre d'années déjà vécues par un enfant, années pendant lesquelles il n'a pas eu le temps de contracter un grand nombre de maladies, les observations que nous avons pu recueillir montrent que les enfants qui ont contracté une dothiénenthérie abortive avaient presque toujours un casier pathologique jusque-là indemne.

On a enfin pensé à l'existence d'une dothiénentérie contractée par la mère pendant sa grossesse. L'enfant ayant été ainsi vacciné « *in utero* », aurait peu de peine à triompher après sa naissance d'une dothiénentérie qui prendrait alors la forme abortive. Ces cas sont rares.

Toutes les raisons que nous venons de passer en revue suffiraient à expliquer et expliquent effectivement un grand nombre de cas de dothiénentérie abortive, mais elles ne les expliquent pas tous. Elles ne nous indiquent pas en particulier pourquoi on note chez l'enfant plus de cas abortifs que chez l'adulte.

Il faut chercher la cause du grand nombre de cas abortifs chez l'enfant dans cette loi générale d'observation courante en pédiatrie : les réactions de l'organisme sont plus intenses chez l'enfant que chez l'adulte et lui permettent de triompher d'une maladie infectieuse plus facilement et surtout plus rapidement que ce dernier. C'est du reste l'opinion de Letulle, qui écrit

à ce sujet : « Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, si rarement grave et si souvent abortive chez l'enfant, est-il illogique de se demander si, dans quelques cas, la pyrexie n'est pas rapidement atténuée par suite d'une réaction fébrile intense, comme on l'observe habituellement chez les jeunes sujets au début de toute autre maladie? »

Nous arrivons donc, en dernière analyse, à la conclusion suivante : si une dothiénentérie avorte, c'est parce que les réactions de défense de l'organisme, chez l'enfant en particulier, sont suffisamment intenses. C'est pour favoriser ces réactions de défense que l'on emploie la balnéation froide et que, depuis quelques années, on alimente les typhiques. C'est par un mécanisme analogue qu'agirait la sérothérapie antityphoïdique. Nous lisons dans un ouvrage récent (1) : « D'après Chantemesse, les résultats favorables obtenus par la sérothérapie seraient en grande partie dus à l'exaltation des propriétés opsonisantes du sérum du malade, de telle sorte que ce sérum nous apparaît dès lors comme antitoxique et bactéricide, puisqu'il favorise l'activité microphagique des leucocytes. »

La sérothérapie nous permet enfin, comme le prévoyait Letulle en 1886, de faire avorter artificiellement une fièvre typhoïde : rien ne ressemble plus, en effet, à une courbe thermique de dothiénentérie abortive qu'une courbe thermique de dothiénentérie traitée par la sérothérapie.

(1) Thoinot et Ribierre. fièvre typhoïde et infections paratyphoïdes. fascicule III du traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot. Tirage de 1912.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La dothiénentérie abortive se terminant chez l'enfant par la guérison, il est à peu près impossible, vu le petit nombre de nécropsies qu'on a eu l'occasion de pratiquer, d'en établir l'anatomie pathologique. Les lésions que l'on pourrait constater n'auraient sans doute que peu d'intérêt. Il est à supposer, en effet, que les altérations des plaques de Peyer doivent être les mêmes, mais plus atténuées que celles que l'on rencontre dans la forme commune de la fièvre typhoïde. Pourtant les hémorragies intestinales et le melœna, souvent notés comme complications des cas abortifs, permettent de supposer que ces lésions doivent être plus atténuées en surface qu'en profondeur, l'ulcération ayant atteint la couche vasculaire de la paroi intestinale.

Quant aux autres organes, rate et ganglions mésentériques, atteints généralement dans la forme commune, rien ne nous permet de supposer que leur anatomie pathologique soit différente dans la forme abortive.

SYMPTOMES

La dothiénenthérie abortive ayant pour caractère principal une diminution de durée de la maladie, il s'ensuit que les périodes classiques qui servent de division pour l'étude des symptômes de la forme commune se trouveront chacune écourtée dans la forme qui nous occupe. Ici, plus encore que dans les cas moyens, la limite entre telle ou telle période sera difficile à préciser. Mais ces divisions étant utiles pour l'étude, nous les conserverons ici et nous étudierons successivement la période d'incubation, la période d'invasion, la période d'état et la période de déclin.

Période d'incubation

Malgré l'apparition en général brusque des premiers symptômes, il est difficile de fixer exactement la durée de la période d'incubation d'une dothiénentérie abortive chez l'enfant; ici encore, comme pour la forme commune, c'est la date de la pénétration dans l'orga-

nisme de l'agent pathogène qu'on ne peut préciser. Il semble néanmoins que cette période d'incubation soit écourtée « par suite, dit Letulle, de la pénétration par voie gastrique ou intestinale de substances liquides contaminées ou de causes accidentelles comme le froid. » En tous cas, on ne remarque pas chez l'enfant cette céphalée plus ou moins violente, cet état de malaise général qui accompagnent la période d'incubation d'une fièvre typhoïde, même abortive, chez l'adulte.

Période d'invasion

Cette période se trouve particulièrement raccourcie dans la forme abortive. L'opinion de Wunderlich, prétendant qu'une pyrexie qui, au bout de deux jours, atteint 40°, n'est pas une fièvre typhoïde, est ici absolument erronée. En effet, c'est toujours au bout de deux ou trois jours que la température atteint son maximum dans la forme abortive de la dothiénentérie chez l'enfant. Mais, en même temps que la température s'élève, d'autres symptômes ont marqué le début de la maladie.

La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre l'apparition brusque de ces premiers symptômes. Les observations que nous citons ici à l'appui de notre thèse ne peuvent que confirmer cette remarque : l'observation 3 en particulier est caractéristique, le petit malade était assez bien portant le matin pour faire une longue course et il est pourtant obligé de s'aliter à 3 heures de l'après-midi.

Quels sont donc les symptômes qui attirent l'attention des parents et qui marquent le début de la maladie?

Griesinger et la plupart des auteurs indiquent comme un des principaux symptômes du début un frisson unique ou répété; nous ne le voyons signalé dans aucune de nos observations. En revanche, les autres symptômes du début se retrouvent nettement, surtout la céphalalgie qui est presque constante et l'ensemble de phénomènes connus sous le nom de phénomènes nerveux : délire, agitation, insomnie. Nous avons noté aussi fréquemment les vomissements au début de la période d'invasion. Une fois ce début a été marqué par du torticolis, une autre fois par des sueurs abondantes. La diarrhée et l'épistaxis sont rares. Tels sont, rangés dans leur ordre de fréquence, les principaux symptômes de la période d'invasion. En deux ou trois jours, cette période est terminée et l'on passe à la période suivante.

Période d'Etat

C'est celle qui se rapproche le plus de la période correspondante dans la dothiénentérie commune. En effet, la température se maintient élevée pendant un certain temps, en général pendant quatre ou cinq jours, quelquefois même pendant un septénaire.

Les taches rosées apparaissent ordinairement au huitième jour, comme dans la dothiénentérie commune. De même le pouls devient rapide, nettement dicrote, comme nous avons pu le constater en prenant

la pression artérielle avec l'appareil de Pachon. La tension artérielle devient, chez ces petits malades, excessivement basse, atteignant parfois 5 cm. seulement. La langue, au lieu d'être rouge comme dans la forme commune, est le plus souvent saburrale. On constate souvent du gargouillement dans la fosse iliaque droite et de la diarrhée de couleur ocreuse. Enfin, la rate se montre grosse, facilement accessible à la percussion; pour compléter le tableau, l'auscultation révèle quelques râles disséminés dans les deux poumons. En somme, les symptômes observés jusqu'ici font croire que l'on a affaire à une dothiénentérie commune, dont la période d'invasion aurait seulement été écourtée.

Mais au bout de quatre ou cinq jours, on voit, suivant l'expression de Jaccoud, la maladie « tourner court » par l'apparition des symptômes de guérison: D'abord le pouls jusque-là rapide, qui battait 100 à 120 à la minute, commence à diminuer de fréquence. Puis la quantité d'urine, très faible en général chez ces petits malades qui émettent à peine 200 à 300 grammes par 24 heures, augmente progressivement. Enfin, brusquement la température tombe en un ou deux jours aux environs de 37°. C'est à ce point de l'évolution de la maladie que l'on s'imagine avoir fait une erreur de diagnostic; on se l'imagine d'autant plus facilement que la séro-réaction pratiquée au début s'est souvent montrée négative. Pour plus de sûreté, on refait alors cette séro-réaction qui, dans la plupart des cas, se montre alors nettement positive au 1/50°,

confirmant le diagnostic de dothiénentérie porté auparavant et le précisant en faisant classer le cas dans les formes abortives. Le malade entre alors dans la période de déclin.

Période de déclin

De même que la période d'invasion, la période de déclin est fort diminuée de longueur dans la forme abortive de la dothiénentérie chez l'enfant. La température, au lieu de redescendre en lysis comme elle le fait ordinairement dans la forme commune, atteint 37° en deux ou trois jours. Le pouls se rapproche parallèlement de la normale et même se ralentit à 70 ou 80 pulsations à la minute, ce qui est peu pour un enfant. En même temps la diurèse s'accentue, le chiffre des urines monte jusqu'à 2 litres et plus en 24 heures, comme on peut le voir notamment dans le graphique qui accompagne l'observation 7. Pendant que ces phénomènes se produisent, on constate que la langue se nettoie rapidement, l'état général se relève rapidement, le ventre redevient souple, la diarrhée si elle existait, cesse. Le petit malade demande à manger et entre définitivement en convalescence. Cette convalescence, sauf les cas de rechute ou de complications qui sont rares, est presque toujours de courte durée.

En résumé, brusquerie dans l'apparition des premiers symptômes, brusquerie également dans leur disparition avec, dans l'intervalle, une période d'état presque aussi longue que dans la forme commune, telle est l'allure générale de l'évolution des symptômes de la dothiénentérie abortive chez l'enfant.

FORMES CLINIQUES

Les symptômes que nous venons de décrire sont ceux que l'on observe le plus ordinairement dans les cas moyens. Mais en pratique il existe des formes cliniques différentes de dothiénentérie abortive chez l'enfant. Sans multiplier à l'excès les formes d'une maladie qui est elle-même une forme clinique d'une maladie plus générale, nous admettrons avec Letulle les divisions suivantes :

1° *Type moyen,* c'est celui que nous avons exposé précédemment, celui dans lequel on peut ranger la plupart de nos observations.

2° *Type grave,* dans lequel la maladie revêt au début la forme d'une fièvre typhoïde grave avec température très élevée, puis une amélioration brusque se produit qui amène en quelques jours le malade à la guérison.

3° *Type léger,* dans lequel la maladie revêt au contraire la forme d'une fièvre typhoïde légère, puis tourne court avant d'avoir suivi son évolution complète. Nous en avons rapporté un exemple dans l'obser-

vation 9. Dans ce type, nous nous rapprochons beaucoup de la forme dite apyrétique, que l'on ne peut pas assimiler aux formes abortives puisque la distinction est basée sur le peu de durée de la période fébrile, période qui n'existe plus dans la forme apyrétique. En pratique, tous les intermédiaires existent entre ces deux formes voisines.

Existe-t-il une dothiénentérie abortive *chez le nourrisson?* Etant donnée l'extrême gravité de la maladie à cet âge, il semble que la forme abortive doive être très rare. Nous n'avons eu l'occasion d'en observer aucun cas pendant l'été de 1911. Mais nous avons trouvé dans les « *Archives of pediatrics* » une observation de Rommeler qui semble bien se rapporter à un cas de dothiénentérie abortive. Nous la reproduisons au numéro 5 des observations.

Le nombre de personnes ayant contracté la fièvre typhoïde auprès de cet enfant montre bien combien il est utile, au point de vue prophylactique, de faire le diagnostic d'une dothiénentérie abortive.

DURÉE

La distinction de la forme abortive de la dothiénentérie étant fondée sur le raccourcissement de la période fébrile, il importe de préciser la durée de la maladie afin de savoir, un cas étant donné, s'il faut le ranger dans la forme commune ou dans la forme abortive. Il va sans dire que nous ne nous faisons pas illusion sur le caractère forcément arbitraire de cette distinction : dans la pratique, il existe tous les passages entre les deux formes.

Pour établir la durée moyenne d'une dothiénentérie abortive, nous avons noté à quel jour de la maladie se faisait la défervescence dans les observations que nous rapportons. En faisant la moyenne, nous trouvons que cette défervescence se produit au dixième jour de la maladie. On pourrait donc ranger dans la forme abortive tous les cas dont la défervescence se produit avant le dixième jour et dans la forme commune ceux dont la défervescence se produit après. Mais la clinique s'accommode mal de limites aussi nettes, il vaut mieux

donner des limites plus amples. Comme on a l'habitude de compter par septénaire quand il s'agit de fièvre typhoïde, nous adopterons aussi cette unité et nous admettrons, avec Bernheim, que l'on peut ranger dans les formes abortives les dothiénentéries dont la défervescence a lieu dans le courant du second septénaire, dans les formes communes, celles dont la défervescence a lieu dans le courant du second septénaire, 3 septénaires étant la durée moyenne de la forme commune.

COMPLICATIONS

Dans la très grande majorité des cas, la dothiénentérie abortive, chez l'enfant comme chez l'adulte, aboutit à la guérison sans complications; cette terminaison favorable est même un des principaux caractères de la forme abortive. Pourtant des complications peuvent se produire, ce sont les mêmes que celles de la forme commune et nous n'en retiendrons qu'une seule, que les auteurs regardent du reste comme la plus fréquente dans la forme qui nous occupe : *l'hémorragie intestinale.* Elle est signalée par Letulle dans l'observation 2 et se produisit dans ce cas le dixième jour, la veille de la chute de la température, à la période terminale de la maladie. « Cette hémorragie fut assez intense pour nécessiter l'emploi de moyens astringents. »

La petite malade, dont nous rapportons l'observation au numéro 7, semble avoir eu, elle aussi, une hémorragie intestinale, qui se traduisit par des vomissements noirâtres excessivement fétides et par

des selles liquides, également noirâtres et très fétides; ces phénomènes eurent lieu au début de la maladie. On peut ranger les *rechutes* parmi les complications de la dothiénentérie abortive; bien que rares, nous avons eu l'occasion d'en observer une et nous la rapportons dans l'observation 10. Dans ce cas, la rechute eut lieu une dizaine de jours environ après la première attaque. Cette rechute fut également abortive, mais on a cité des cas où la rechute fut une dothiénentérie à forme normale ou même sévère, d'où la nécessité d'une thérapeutique sérieuse, même pour une forme abortive.

DIAGNOSTIC

Par la brusquerie dans l'apparition des symptômes, par le nombre souvent restreint de ces symptômes, la dothiénentérie abortive chez l'enfant pourra facilement se confondre avec toute autre maladie infantile à début brusque.

Une température de 40°, accompagnée souvent d'anorexie, font d'abord songer chez l'enfant à *une infection du cavum ou des amygdales;* l'examen de la gorge que l'on trouve indemne, la recherche des symptômes gastro-intestinaux ou nerveux, qui manquent rarement dans la dothiénentérie abortive, feront éliminer ce diagnostic.

Les douleurs dans les reins et dans les membres, que l'on note souvent au début de la forme abortive de la dothiénentérie, jointes à la température élevée, pourront faire songer à *une ostéomyélite;* l'examen minutieux des épiphyses ne présentant aucune douleur à la palpation fera éviter cette erreur.

Un diagnostic plus malaisé à faire sans le secours

des moyens de laboratoire, c'est le diagnostic avec *une méningite* bacillaire ou cérébro-spinale. Bien des symptômes communs peuvent faire errer le diagnostic : la rachialogie, la céphalée, le signe de Kernig, les vomissements ou la constipation, se rencontrent fréquemment dans le début de la dothiénentérie abortive. Ajoutons que parfois, et nous l'avons relaté dans l'observation 8 où le petit malade présentait ce symptôme, la maladie débute par un torticolis ; l'enfant contracte les muscles de son cou quand on essaie de mobiliser sa tête et l'on prend ce symptôme pour de la raideur de la nuque, signe de méningite. La ponction lombaire ramenant un liquide clair, non hypertendu, à cytologie normale, lèvera tous les doutes.

La *grippe* peut simuler à s'y méprendre une dothiénentérie à forme abortive. La notion d'épidémicité, l'apparition des taches rosées ou dans bien des cas la séro-réaction seule pourront faire le diagnostic.

On pourra enfin confondre la forme abortive de la dothiénentérie avec l'*embarras gastrique fébrile*. Qu'est-ce au juste que cette affection? On l'a appelée de bien des noms : fièvre gastrique, synoque, fièvre catarrhale gastro-intestinale (Barthez et Sanné), septicémie gastro-intestinale aiguë (Comby). La multiplicité et surtout la complication de ces différentes appellations prouvent que l'on n'est pas très fixé sur la nature exacte de cette maladie. Letulle, dans sa thèse d'agrégation, la définit ainsi : « La synoque est une maladie générale fébrile, d'évolution cyclique, à défervescence souvent critique, qui peut se différencier de

la fièvre typhoïde commune dont elle ne comporte jamais la gravité, mais qui se confond bien souvent en clinique avec les formes abortives de la dothiénentérie ». A l'appui de cette opinion, Letulle a représenté des courbes indiquant la fréquence des cas d'embarras gastrique fébrile et des cas de fièvre typhoïde: ces deux courbes sont absolument superposables. Il est donc fort probable, sans nier complètement l'existence de l'embarras gastrique fébrile, que bien des cas rangés sous cette rubrique ne sont que des dothiénentéries abortives méconnues.

Comment reconnaîtra-t-on que l'on a affaire à une dothiénentérie abortive, comment, en un mot, établira-t-on le diagnostic positif de la maladie? On se rappellera d'abord que l'on a plus de chance d'avoir affaire à cette forme de fièvre typhoïde si le malade est un enfant. On surveillera ensuite avec soin le gonflement de la rate et l'apparition des taches rosées lenticulaires, en se souvenant que l'apparition de ces taches est souvent retardée dans la forme abortive. Le diagnostic se fera surtout par la séro-réaction de Widal qui, elle aussi, est souvent plus tardive que dans la forme commune. Enfin on ne négligera pas pour mieux appuyer son diagnostic, les autres moyens de laboratoire, l'hémoculture et la recherche du bacille d'Eberth dans les selles.

PRONOSTIC

L'observation ayant prouvé que la dothiénentérie abortive chez l'enfant se termine par la guérison dans la plupart des cas, le pronostic de la maladie est donc des plus bénins. Mais nous ferons remarquer que ce pronostic ne peut être porté au début, puisque le diagnostic de forme abortive ne se fait qu'au moment où l'on voit la température tomber brusquement avant le terme ordinaire, c'est-à-dire au moment où la maladie est terminée. On fera sagement néanmoins de réserver son pronostic, même une fois que l'on aura reconnu avoir affaire à une forme abortive, car nous avons vu que les rechutes peuvent se produire et être parfois sévères.

Il est une question que l'on peut se poser à la fin de ce paragraphe, c'est la question de contagiosité : Combien de temps un enfant ayant eu une dothiénentérie abortive reste-t-il *porteur de germes?* Nous regrettons que le temps, et surtout notre peu de pratique du laboratoire, ne nous aient pas permis d'entreprendre une

recherche sur ce point. Il serait pourtant du plus haut intérêt de savoir combien de temps ces malades peuvent héberger le bacille d'Eberth dans leur organisme. Le peu de gravité de cette forme, la facilité avec laquelle on peut la méconnaître en font évidemment des bacillifères dangereux. Nous laissons à de plus compétents que nous l'honneur d'éclaircir ce point.

TRAITEMENT

Malgré la terminaison favorable de la dothiénentérie abortive chez l'enfant, cette forme de la maladie doit être traitée aussi sérieusement que les formes plus graves, et cela pour deux raisons principales que nous avons déjà indiquées :

D'abord parce qu'il est presque impossible au début de la maladie de savoir si l'on aura affaire à une forme abortive; ensuite et surtout parce que les rechutes, bien que rares, peuvent néanmoins se produire et ne pas être abortives. Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement qui est exactement le même que celui d'une dothiénentérie commune. Ce traitement sera d'ailleurs de courte durée comme la maladie et c'est à peine, parmi les petits malades que nous avons eu l'occasion d'observer, si l'on a été obligé de leur faire prendre plus de deux ou trois bains.

CONCLUSIONS

Des quelques pages qui précèdent, nous pouvons facilement déduire les conclusions suivantes:

La dothiénentérie abortive est particulièrement fréquente chez l'enfant et c'est sur lui que l'on pourra le plus facilement étudier cette forme de la maladie.

Elle est caractérisée cliniquement par le peu de durée des symptômes, par la brusquerie de leur apparition et de leur disparition, par son heureuse terminaison.

Le diagnostic en est souvent malaisé et ne pourra guère être fait que par les procédés de laboratoire. Il y a pourtant grand intérêt au point de vue prophylactique à faire ce diagnostic.

La possibilité d'une rechute grave doit en faire instituer un traitement aussi sérieux que celui d'une forme commune.

Vu : Le Président,

HUTINEL

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY

Vu : Permis d'Imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Babonneix. — Etiologie de la fièvre typhoïde, *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1911.

Bernheim. — Fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde *Revue médicale de l'Est*. 1886.

Cadet de Gassicourt. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, tome II, 1880.

Charcot, Bouchard et Brissaud — *Traité de Médecine*.

Cordon. — Fièvres typhoïdes anormales, *Th. Paris*, 1880.

D'espine. — Quelques remarques sur la fièvre typhoïde des enfants, *Bulletin médical de la Suisse romande*, 1875.

Griesinger. — *Traité des maladies infectieuses*, traduction Lemattre, Paris 1868.

Hutinel. — *Les maladies des enfants*, 1909.

Jaccoud. — De la fièvre typhoïde, *Cliniques médicales de la Charité*, 1867.

Laveran. — De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde, *Archives générales de médecine*, 1876.

Lebert. — Ueber abortivtyphus, *Prager Vierteljahrschrift*, 1857.

Letulle. — Des pyrexies abortives, *Th. d'Agrégation*, Paris 1886.

Rilliet. — De la fièvre typhoïde chez les enfants, *Th. Paris*, 1840.

Rommeler. — Transmission de la fièvre typhoïde par un nourrisson, *Archives of pediatrics*, 1910.

Thaon. — De la fièvre typhoïde chez les enfants, *Mouvement médical*, 1871.

Thoinot et Ribierre. — Fièvre typhoïde et infections paratyphoïdes, fascicule III du *Traité de Médecine de Gilbert et Thoinot*, 1912.